

# HDI TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

## 1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

HDI Sigorta A.Ş. , Genel Sağlık Sigortası kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sigortası mevcut olan sigortalılarının, işbu sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde hastalanmaları veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde, tedavileri için HDI Sigorta A.Ş. tarafından belirlenen Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarından alacakları sağlık hizmeti karşılığının SGK tarafından karşılanması akabinde, sigortalının ödeyeceği ilave ücret tutarını Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ve işbu Özel Şartlar çerçevesinde poliçede yazılı meblağlara kadar teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı, sadece işbu özel şartlarda belirtilen ve SGK tarafından öngörülen gereklilikleri yerine getiren kişiler için geçerlidir. SGK sigortası kapsamında sigortalı olma vasfını kaybeden sigortalı, ancak sigortalı olma vasfının SGK tarafından yeniden başlatılması halinde poliçe teminatlarından yararlanabilir.

İşbu sigorta poliçesi, bir yıllık bir süre için tanzim edilmiş olup, poliçe başlangıç ve bitiş tarihleri arasındaki süreyi kapsamaktadır. Aksi poliçeden anlaşılmadığı takdirde, poliçe, Türkiye'nin mahalli saatine göre 12:00'de yürürlüğe girer ve sona erme tarihinde saat 12:00'de sona erer. Poliçe süresi bir yıldan kısa vadeli olarak düzenlenebilir.

Sigorta Şirketinin sorumluluğu, sigorta primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksitinin ödenmiş olması şartıyla, poliçe tanzim edildiği an itibariyle başlar. Prim kredi kartından çekilir. Sadece acil ve taksitli poliçelerde banka transferi ile ön ödeme yapılabilir. Taksitli ödemelerde banka transferi kabul edilmemektedir.

Sigorta kapsamına giren/girmek üzere talep ileten kişiler, başvuru tarihinden poliçe vade sonuna kadar geçen süre içerisinde, risk değerlendirilmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının neticelendirilebilmesi amacıyla ve HDI Sigorta A.Ş. tarafından gerekli görülen diğer hallerde, sağlık geçmişleri ve mevcut durumları hakkında bilgi toplamak, sağlık kuruluşu, doktor ve üçüncü şahıslardan tedavileri ile ilgili olarak bilgi veya kayıt talebinde bulunmak ve tesis bünyesinde araştırma yürütmek ve ilgili bilgi ve belgelerin sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına izin vermiş sayılacaklardır.

## 2. TANIMLAR

### 2.1. Poliçe

Sigortacı ile sigorta ettiren arasında akdedilmiş olup sigortalı kişi ya da kişilere ait kesin bilgileri ve sigorta başlama ve sona erme tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren yazılı sigorta sözleşmesi belgesi ve aynı zamanda Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Sözleşmesi'ni belgeleyen evraktır.

## 2.2. Sigorta Ettiren

Sigortacı ile akdedilen sigorta sözleşmesine taraf olup sigorta primi ödemesi de dâhil olmak üzere sigorta ilişkisinden doğan yükümlülükleri üstlenmiş bulunan gerçek ya da tüzel kişidir.

## 2.3. Sigortacı

Sigorta ettirenin ödediği prime karşılık riskin gerçekleşmesi üzerine Sigorta ettirene/Sigortalıya tazminat ödemesi yapmayı taahhüt eden ilgili branşlarda faaliyet ruhsatına sahip kuruluştur. Bu özel şartlara tabi düzenlenen poliçenin sigortacısı HDI Sigorta A.Ş. dir.

## 2.4. Sigortalı

Sigorta sözleşmesi vasıtasıyla sağlık masrafları teminat kapsamına alınan, poliçede adı yer alan kişi/kişilerdir.

## 2.5. Poliçenin Başlangıç Tarihi

Sigorta sözleşmesinde öngörülen teminatların ilk kez ya da müteakip yenilemelerde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe, belirtilen tarihte ve aksi poliçeden anlaşılmadığı takdirde, Türkiye'nin mahalli saatine göre 12:00'de yürürlüğe girer.

## 2.6. Poliçenin Sona Erme Tarihi

Sigorta sözleşmesinde belirtilen teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe, belirtilen tarihte ve Aksi poliçeden anlaşılmadığı takdirde, Türkiye'nin mahalli saatine göre 12:00'de sona erer.

## 2.7. Poliçe Tanzim Tarihi

Sigortalının doldurduğu başvuru/yenileme formuna göre poliçe tanzim tarihidir.

## 2.8. Poliçe Özel Şartları

Sigortacının hazırlamış olduğu ürüne özel olup poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortası Mevzuatı hükümleri doğrultusunda tanzim edilen belgedir.

## 2.9. Sağlık Sigortası Genel Şartları

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından kullanılan yazılı kurallardır.

## 2.10. Bilgilendirme Formu

Sigortacı ile acenteye ilişkin unvan ve iletişim bilgilerini, akdedilecek sözleşmeye ilişkin genel uyarıları, sözleşme ile verilen teminatları, sigorta teminatının istisnaları ile her bir sigorta türü için teminat kapsamı dışında olup da, poliçede ayrıca belirtilmesi kaydıyla ek sözleşme ile teminat kapsamına alınabilecek kıymetleri, rizikoları veya sözleşmeye eklenebilecek özel hükümler ve klozlara ilişkin bilgileri, tazminata ilişkin genel bilgiler ile tazminat ödeme kurallarını, şikayet ve bilgi talepleri ile tahkim üyeliğine ilişkin bilgileri içeren ve Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından imzalanan formdur.

### **2.11. Sağlık kuruluşu**

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri gibi kuruluşlardır.

### **2.12. Destek Hizmet Sağlayıcı (İMECE)**

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları ile sözleşme akdeden ve Sigorta Şirketleri ile sigorta sözleşmesi imzalayan sigortalılardaki poliçe muhteviyatına göre anlaşmalı kuruluşlardan sağlık hizmetleri temin eden İMECE Destek Danışmanlık Hizmetleri A.Ş.'dir. Bundan böyle "Destek Hizmet Sağlayıcısı olarak anılacaktır.

### **2.13. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu**

Destek Hizmet Sağlayıcısı ile HDI Sigorta A.Ş. arasındaki sözleşme uyarınca, Destek Hizmet Sağlayıcı ile özel sözleşmesi bulunan ve Sigortacının sigortalılarına sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarını doktorları ifade etmektedir. Bu kuruluşların aynı zamanda Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında SGK ile anlaşmalı olmaları gerekmektedir. Anlaşmalı Sağlık kuruluşu tanımına anlaşmalı kuruluş bünyesinde kadrolu ve dolayısı ile SGK ile anlaşmalı doktorlar da dahildir.

Sigortacının anlaşmalı kuruluş listesi [www.hdisigorta.com.tr](http://www.hdisigorta.com.tr) adresindeki web sitesinde sunulmakta ve güncellenmektedir. Sigorta Şirketinin anlaşmalı kuruluş listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

### **2.14. Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu**

Destek Hizmet Sağlayıcısı ile özel sözleşmesi bulunmayan ve Anlaşmalı kuruluş listesinde adı yer almayan sağlık kuruluşlarıdır.

Poliçede tercih edilen anlaşmalı kuruluşlar arasında yer alan bir sağlık kuruluşunun kadrosunda görev yapan ancak HDI Sigorta AŞ Destek Hizmet Sağlayıcısı' nın sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşmasız Sağlık Kuruluşu" olarak değerlendirilir.

### **2.15. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)**

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedelleri düzenleyen tebliğdir.

### **2.16. Prim / Sigorta Primi**

Sigortacının, sigortalıya sunmayı taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak karşılığında sigorta ettirenden aldığı tutardır.

Prim artışı, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katına çıkartılabilir.

### **2.17. Prim Tarifesi**

Sigortacı'nın hem toplam ve hem de ilgili sigorta sözleşmesi kapsamında yapmış olduğu hasar ödemeleri ile tarifelerin hazırlanması, sigorta sözleşmelerinin düzenlenmesi, tarife primlerinin tahsil edilmesi, personel ve ilgili diğer giderler, sigorta aracılara aracılık faaliyetleri dolayısıyla ödenen miktarlar veya Sigortacı tarafından yapılan istihsal harcamaları, Anlaşmalı kurum sağlık harcamaları, sağlık enflasyonu ve piyasa şartlarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda; her dönem, yaş, cinsiyet, ikamet ettiği il için Sigortacı tarafından belirlenecek primi ifade eder.

### **2.18. İlave Ücretler**

İlave ücretler, Sosyal Güvenlik Kurumu'na faturalandırılacak tutarlar üzerinden kişilerden talep edilen fark ücretlerdir. SGK ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri ve anlaşmalı özel sağlık kuruluş ve kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerinin operasyon ücretlerinin SUT listesi ile eklerinde yer alan tutarların tamamı üzerinden SGK tarafından tespit edilen oranı geçmemek kaydı ile SGK'na fatura edilen tutarlar esas alınarak sigortalıdan alınabilecek tutarlardır.

### **2.19. Katılım Payı**

5510 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık sigortası bulunan sigortalılar ya da sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek ve hiçbir koşulda sigorta şirketinden talep edilemeyecek olan tutardır.

### **2.20. Limit**

Sigorta süresince ödenebilecek azami tazminat tutarını ifade eder. Sigortacının sorumluluğu teminat limiti ile sınırlıdır.

### **2.21. Önceden Var Olan Hastalık**

Sigorta döneminden önce mevcut olan hastalık/rahatsızlıktır. Sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayanan hastalığın semptomunun/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıç ve gelişme süreci ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

### **2.22. Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğu**

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılık süresi içerisinde sağlık durumundaki değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

### **2.23. Komplikasyon**

Hastalığın seyri sırasında, tedavi esnasında ya da tedaviden sonra hastalık ile ilgili olarak ortaya çıkan sağlık durumudur.

## 2.24. Provizyon Onayı / Reddi

Sigortacı'nın, işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından kendisine gönderilen Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'na istinaden, işbu Özel Şartlarda belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda bildirilen sağlık harcamalarını ödeme taahhüdünü ifade eder.

## 2.25. Kalıtsal Hastalık

Bulguları ortaya çıkmamış, ya da ilerleyen yaşta ortaya çıkmış olsa dahi, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan Uluslararası Tanı Kodlarından; ICD 10'de Q00-Q99 bölümleri arasında yer alan konjenital malformasyonlar, deformasyonlar, kromozom anomalileri ve E70-E90 bölümleri arasında yer alan Doğuştan metabolizma hastalıkları veya fiziksel bozuklukları ifade eder.

## 2.26. Kronik Hastalık

Tamamıyla tedavisi mümkün olmayan ve sürekli ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

## 2.27. Acil Tedavi Giderleri

Bu teminat, beklenmedik bir şekilde gelişen hastalık, kaza, yaralanma gibi olaylarda oluşan sağlık giderlerini kapsamaktadır ve hemen tıbbi müdahalede bulunulmaması durumunda ya da teminat kapsamında olan bir riskin gerçekleşmesi sonucu hastayı kaybetme riskinin ortaya çıkması ya da sağlığını kaybetmesi durumunda daha fazla tazminat ile sonuçlanmaması için sigortalının derhal tedavi görmesi gerekmektedir.

## 2.28. Muacceliyet

Prim ve/veya tazminatın talep edilebilir hale gelmesi durumudur.

## 2.29. Muafiyet

Sigortacının teminat kapsamına almadığı sağlık masrafları içerisinde sigortalının üzerinde kalan/ ödemekle yükümlü olduğu kısımdır. Muafiyet tutarı, teminatın başlangıç süresi ve/veya teminat yüzdesi şeklinde olabilir ve plan kapsamında tüm sigortalılara uygulanır.

## 2.30. Risk

Hastalık, kaza, fiziki durum ve bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran alışkanlıklar sağlık sigortalarında risk olarak görülen durumlardır.

## 2.31. Rücu

Halefiyet gereği sigortacının ödemiş olduğu tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu olan üçüncü şahıslardan tedavi giderlerini geri alma (talep etme) hakkıdır.

## 2.32. Sigortalının Kimlik Kartı

Anlaşmalı kuruluşlarda sigorta şirketi tarafından sunulan ve sigortalının adına tanzim edilecek olan poliçe ekinde belirtilen şartları uygulamak amacıyla gerek görüldüğünde ibraz edilmesi gereken karttır.

### 2.33. Teminat

Sigortacının; riskin gerçekleşmesi durumunda sigorta poliçesinin özel ve genel şartları çerçevesinde sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

### 2.34. Aile

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu gereğince anne, baba, eş, çocuklar ile sınırlı olarak kan ve sıhrî akrabalık ilişkisini ifade eder.

### 2.35. Çocuk/ Çocuklar

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında sigortalının velayeti altındaki çocukları ifade eder.

### 2.36. Soru Formu

Sigorta ettiren/sigortalı adayına ait kişisel bilgileri, seçilen teminat, limit, ödeme planı seçeneklerini içeren, rizikonun değerlendirilmesinde etkili sağlık durumu ile ilgili soruların yer aldığı formu ifade eder. Bu form, teklif niteliğinde olmayıp, bu formun doldurulması, susma suretiyle dahil ve bununla sınırlı olmamak üzere hiçbir şekilde sözleşmenin kurulmasına yol açmaz.

### 2.37. Deneysel ve Araştırma Amaçlı İşlem/Gereç

Sigortalıya uygulandığı tarihte, tedavisi istenen rahatsızlık için gerekliliğini, etkinliğini ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayımlanmadığı, tüm otoriteler (uzmanlık dernekleri, Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Amerikan FDA (Food and Drug Administration)) tarafından onayı olmayan veya tıbbi otoriteler tarafından deneysel aşamada olduğuna ve aynı işlem, gereç, tedavi için bir kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair bilgi tespit edilen tanı ve tedavi yöntemlerini (işlem/uygulama, ilaçlar, gereçler) ifade eder.

### 2.38. Kaza

Sigortalının iradesi dışında ölmesi veya cismani bir arızaya maruz kalmasına yol açan ani ve harici bir olayı ifade eder.

### 2.39. Tazminat

Sigorta sözleşmesi kapsamında, sigorta süresinde risk ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi sonrasında, tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve doktor tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait giderlerden, fatura veya bunun yerine geçen (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) sair belge asılları karşılığında Sigortacı tarafından karşılanan tutarı ifade eder.

### 2.40. Zeyilname

Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve Sigortacı'nın üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle poliçeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgeyi ifade eder.

HDI SİGORTA A.Ş.

Genel Müdürlük: Sahrayı Cedit Mahallesi, Batman Sokak HDI Sigorta Binası, No:6 A, 34734 Kadıköy/İstanbul  
Tel: (0216 600 60 00) Faks: (0216 600 60 10) Mersis No: 0470003295900010 www.hdisigorta.com.tr

Sayfa 6 / 29

### 2.41. Hasta Bilgi Formu

İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda yatarak ve ayakta tedavi görecekle veya operasyon geçirecek sigortalı ve doktoru tarafından Sigortacı için doldurulması gereken formu ifade eder.

### 2.42. Soru Formu

Sigorta ettiren/sigortalı adayına ait kişisel bilgileri, seçilen teminat, limit, ödeme planı seçeneklerini içeren, rizikonun değerlendirilmesinde etkili sağlık durumu ile ilgili soruların yer aldığı formu ifade eder.

### 2.43. Vergi İndirimi

193 sayılı Gelir Vergisi kanununun 1 Ocak 1986 itibariyle yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişik 63. ve 89. maddeleri gereğince; vergi mükellefinin kendisi, eşi ve reşit olmayan çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 1 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir. Bordro ile ücret alan vergi mükellefinin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi vergi mükellefinin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Söz konusu kanundan yararlanabilmek için 1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz 2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin unvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinesi makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

## 3. TEMİNATLAR

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında SGK ile anlaşmalı branşlarda ve GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için oluşabilecek ilave ücretleri, poliçe teminatı, teminat limitleri, katkı payları ve genel ve özel şartlara göre teminat altına almaktadır.

Sigortalının, poliçe vadesi içerisinde başlayıp, poliçe vadesinin sona erme tarihinde halen devam eden bir tedavi görmesi durumunda, bununla ilgili tüm masraflar, poliçenin özel ve

genel şartlarına göre poliçenin sona erme tarihini takiben bir 10 günlük süre için daha teminat kapsamına alınabilecektir.

Sigorta şirketi, poliçe teminat limitini ya da katkı payı tutarlarını aşan tutarları ödemekle sorumlu olmayacaktır.

### **3.1. Yatarak Tedavi Teminatı**

Yatarak tedavi teminatı; sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi yatışlar, cerrahi yardımcı malzemeler, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi masrafları, ve hayati bir tehlike taşıyan acil durumlar ile küçük müdahale giderleri, özellikli tıbbi malzemeler, yapay uzuv giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde teminat tablosunda belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi ve şartları ile ücretlerinin karşılanmasını kapsamaktadır. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

İşbu teminat ile, Sgk'nın kapsamı dahilinde sigortalının, Sigortacı'nın İş bu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen cerrahi ve diğer yatarak tedavisine dair SUT bedeli üzerindeki sağlık harcamaları, poliçe, Teminat Tablosu, İş bu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar'da yer alan limit ve ödeme yüzdeleri, istisna ve sair şartlar kapsamında karşılanır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kuruluş listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

İş bu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu' na verilen yatış onayları sürelidir.Yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydıyla geçerlidir. Belirtilen sürelerden sonra gerçekleşecek yatarak tedavi durumunda Sigortacı'dan yeniden onay alınması gereklidir. On günü aşan tüm yatışlarda, onuncu günden sonra oluşan teminat kapsamındaki sağlık harcamaları için işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından konuya ilişkin yeni bir Hasta Bilgi Formu ile Sigortacı'nın onayının alınması gerekmektedir. Hastalık tanısının yatış süresi sırasında değişmesi veya bildirilmemiş bir hastalığın ortaya çıkması durumunda da aynı şekilde Sigortacı'ya bildirimle, yeniden onay alınması gerekir. Poliçe üzerinde yer alan bekleme süresi içinde gerçekleştirmiş ve işbu Özel Şartların 4. Maddesi gereğince "Bekleme Süreleri"ne tabi hususlar ile ilgili harcamalar, hiçbir şekilde Sigortacı tarafından karşılanmaz.

### **3.2. Ayakta Tedavi Teminatı**

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin olarak, doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı uygulamaları ile fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde yapılan doktor muayene, tahlil-röntgen, ileri teşhis yöntemleri ve fizik tedavi işlemlerini ifade eder.

İşbu teminat ancak, Özel Şartlar 3.1 maddesindeki “Yatarak Tedavi Teminatı”nın alınması koşulu ile verilebilir.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kuruluş listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun ve poliçe, Teminat Tablosu, İşbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar’da yer alan limit ve ödeme yüzdeleri, istisna ve sair şartlar kapsamında karşılanır.

### **3.3. Ambulans (İsteğe Bağlı Teminat)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş acil durumlarda, 7/24 0850 222 8 434 numaralı telefondan HDI Kolay Hattı araması koşulu ile Özel Ambulans servisleri yönetmeliğine uygun ambulans ve medikal ekipleri ile Tıbbi bilgi ve danışmanlık, Acil Sağlık Hizmetleri ve Kara Ambulansı ve Acil Mesajların İletilmesi hizmetleri temin edilir. Bu teminat kapsamında aşağıdaki hizmetler sağlanacaktır;

#### **3.3.1. Tıbbi bilgi ve danışmanlık**

Sigortalının karşılaştığı acil olan veya olmayan her türlü sağlık problemi ile ilgili olarak Asistans şirket ekibi tarafından bilgi verilmektedir. Doktor, uzaman doktor, diş hekimi, hastane, teşhis merkezleri, eczane ve nöbetçi eczane adres ve telefon numaraları bildirilmektedir. (Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemlerle ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konulmamaktadır ve ilaç tavsiyesi yapılmamaktadır.

#### **3.3.2. Acil Sağlık Hizmetleri ve Kara Ambulansı**

Sigortalının Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımladığı kriterlere göre ani hastalığı ve yaralanması durumunda Asistans şirket tarafından Medikal ekibi tarafından kara ambulansı ile uygun olan en yakın tıbbi merkeze nakli organize edilir.

Asistans şirket Medikal ekibi ve tedavi eden hekim, sigortalının sağlık durumunun, normal bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarar ya da hastalığa uygun nakil aracını kişinin tedavisinden sorumlu olan doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir. Yazılı raporun temin edilmesi ve Sigorta şirket / Asistans şirkete iletilmesi sigortalının sorumluluğundadır.

Asistans şirket Medikal ekibinin tıbbi değerlendirmesine istinaden, sigortalının rahatsızlığının Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş Acil Durum halleri kapsamında olması halinde gerekli destek sağlanacaktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş acil durum halleri dışındaki durumlarda yapılan kullanımların ücreti sigortalı tarafından karşılanacaktır.

Kara ambulansı hizmetinde Sigorta şirketi / Asistans şirketinden bağımsız yapılan organizasyonlar teminat haricidir. İlgili organizasyonlar mutlaka Sigorta şirketi / Asistans şirket tarafından yapılmalıdır.

### **3.3.3. Acil Mesajların İletilmesi**

Asistans şirketin müdahale ettiği Medikal vakalarda, Sigortalının talebi doğrultusunda, ikametgahındaki arkadaşları, iş çevresi ve akrabaları ile karşılıklı olarak acil mesaj alışverişinde bulunması sağlamaktadır.

### **3.4. Dolgulu Plan & Acil Diş Teminatı (İsteğe Bağlı Teminat)**

Dolgulu plan elektif durumlarda 1 kez dolgu, diş çekimi ve fissür kapatılması hizmetini kapsamaktadır. Acil Diş teminatı ağırlı, acil müdahale ve tedavi gerektiren durumları kapsar. Dolgulu Plan ile Acil Diş Teminatı Yılda 1 Kez Dolgu, Diş Çekimi ve Fissür Örtülmesi'nde birbirinden bağımsız olarak kullanılabilceği gibi birbirini tamamlayan teminatlar olarak da çalışabilir.

Acil Diş Teminatı ve Dolgulu Diş Teminatı için Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'ndan randevu organizasyonu HDI Kolay Hat (0850 222 8 434) aracılığı ile yapılacaktır. Randevu organizasyonu ve acil durumlar için HDI Kolay Hattın (0850 222 8 434) aranması gerekmektedir. HDI Kolay Hat aranmaksızın yaptırılan tedaviler ve anlaşmasız diş hekimleri tarafından yapılan işlemler kapsam dışıdır.

**Acil Diş Teminatı;** sadece travma veya dişe ait acil ağırlı / kanamalı / abseli durumlarda devreye giren ve hastanın ağrısını ve / veya acil durumunu ortadan kaldırarak hastayı stabil hale getirmek için gereken geçici tıbbi müdahale işlemlerini belirtilen hizmet ve özel şartlar çerçevesinde mümkün kılan işlemleri kapsar.

Bu teminat kapsamında yapılacak kanal ekstirpasyonu sonrası verilecek kanal tedavi ve dolgu işlemleri kapsam dahilinde olmadığından Sigortalı'nın böyle bir acil durumda diş dolgu teminatının olması tedaviyi tamamlayıcı bir unsur olarak devreye girebilecektir. Ancak kanal tedavisi ihtiyacı bu teminatlar kapsamında karşılanmayacak olmakla, bu teminat ile sigortalı tarafından Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'na anlaşmalı fiyatlar üzerinden ödenmesi imkanı sağlanmaktadır. "Hizmet Adı 2" işlemlerini kapsamaktadır.

**Dolgulu Diş Teminatı** kapsamında sigortalının poliçe yılı içerisinde ortaya çıkacak acil veya elektif durumlarda 1 kez dolgu, diş çekimi ve fissür kapatılması hizmeti teminat kapsamındadır. Bu teminat kapsamında yılda bir kez doktor muayene ve diş taşı temizliğinden oluşan Check-up paketinden faydalanabilecek, periapikal röntgen çektirebilecek ve Oral Hijyen Eğitimi alabilecektir. Dolgulu diş teminatı "Hizmet Adı 1" işlemlerini kapsamaktadır.

TDB	HİZMET ADI 1(DOLGULU DIŞ TEMİNATI KAPSAMINDA)
1-1	Diş Hekimi Muayenesi
1-25	Teşhis ve Tedavi Planlaması
1-13	Oral Hijyen Eğitimi
1-14	Vitalite Kontrolü
1-3;17	Diş Röntgen Filmi(peripikial)
6-2	Diş Taşı Temizliği
2-(1-3;7-9)	Dolgu (Kompozit veya Amalgam) 1 adet
5-1;2	Diş Çekimi 1 adet
3-1	Fisür örtülmesi Lim.

TDB	HİZMET ADI 2 (ACİL DIŞ TEMİNATI KAPSAMINDA)
1-1	Diş Hekimi Muayenesi
1-3	Diş Röntgen Filmi ( Periapikal ) / Panaromik Film
1-14	Vitalite Kontrolü
1-15	Lokal Anestezi (Enjeksiyon-İnfiltratif)
1-16	Lokal Anestezi (Rejyonal)
1-25	Teşhis ve Tedavi Planlaması
2-1	Amalgam Dolgu (Bir Yüzlü) *
2-2	Amalgam Dolgu (İki Yüzlü) *
2-3	Amalgam Dolgu (Üç Yüzlü) *
2-7	Kompozit Dolgu (Bir Yüzlü) (Kimyasal Işıklı) *
2-8	Kompozit Dolgu (İki Yüzlü) (Kimyasal Işıklı) *
2-9	Kompozit Dolgu (Üç Yüzlü) (Kimyasal Işıklı) *
2-11	Kuafaj (Dolgu Hariç)
2-12	Ampütasyon (Süt Dişleri İçin)
2-13	Tek Köklü Kanal Ekstirpsasyonu ***
2-14	İki Köklü Kanal Ekstirpsasyonu ***
2-15	Üç Köklü Kanal Ekstirpsasyonu ***
2-16	Kanal Dolgusu Sökümü (Her Kanal İçin)
2-34	Hareketli Protezde Kroşe İlavesi
2-35	Hareketli Protezde Diş İlavesi
4-12	Tamir (Akrilik Protezler, Kırık veya Çatlak)
4-33	Düşmüş Kron ve Köprü Simantasyonu (Her Sabit Üye İçin)
5-1	Diş Çekimi **

5-2	<b>Komplikasyonlu Diş Çekimi</b>
5-8	<b>Alveolit Cerrahi Tedavisi</b>
5-9	<b>Kanama Müdahalesi (Basit)</b>
5-10	<b>Kanama Müdahalesi (Dikişli)</b>
5-25	<b>Apse Drenajı</b>
5-27	<b>Stomatit Tedavisi</b>
6-1	<b>Periodontal Apse Tedavisi</b>

\* Travma sonucunda oluşan diş kırıklarında yapılacak dolgular için geçerlidir.

\*\* Kemik retansiyonlu ve kemik retansiyonsuz 20 yaş dışı operasyonları hariçtir.

\*\*\* Kanal extirpasyonları (diş siniri çıkarılması), vital (canlı) dişler için geçerlidir. Kronik enfeksiyonlu dişler (önceden gelen rahatsızlık nedeniyle) kapsam dışıdır.

## Ek Bilgiler

Check-Up ve Diş Taşı temizliğine ve ek olarak basit Diş Tedavileri sayılan Dolgu, Diş Çekimi ve Fissür Örtülmesi işlemlerinin acil şartı aranmadan eklendiği bir pakettir.

Limitli olan işlemler yılda bir kez ücretsiz karşılanacaktır.

İşbu teminatlar HDI Sigorta A.Ş. Destek Hizmet Sağlayıcı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları (Diş Klinikleri/Diş Hekimleri) 'nde geçerlidir.

Hizmet alımı öncesinde Moneta tarafından randevu organizasyonu yapılması gerekmektedir. Aksi halde kapsam dışında kalmaktadır.

Bu işlemler dışında kalan hizmetler için üyeler kendileri ödeyerek TDB Referans Tarifesi veya özel indirimli fiyatlar ile hizmet alabileceklerdir.

### 3.5. Check Up Teminatı (İsteğe Bağlı Teminat)

Aşağıdaki tabloda yer alan hizmetler anlaşmalı kurumlarda yılda 1 defa ücretsiz olarak sağlanmaktadır.

<b>Doktor Değerlendirme</b>
<b>Tam Kan Sayımı (18)</b>
<b>Akciğer Grafisi (Tek Yönlü)</b>
<b>Tam İdrar Tahlili</b>
<b>Sedimentasyon</b>
<b>Açlık Kan Şekeri</b>
<b>Kolesterol, Total</b>
<b>EKG</b>

#### 4. BEKLEME SÜRELERİ

SGK tarafından uygulanan ve tedavinin yapıldığı tarihte yürürlükte olan bekleme süreleri, işbu sigorta sözleşmesi için de aynen geçerlidir. Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ayakta ve yatarak tedavi giderleri ile fizik tedavi harcamaları, beklenmedik bir olay ya da kaza sonucu ortaya çıkmış olsa dahi, nedenine bakılmaksızın, sigorta başlangıç tarihinden itibaren **3 ay süre ile** kapsam dışındadır.

- a. Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multipl skleroz, SLE, romatoid artrit vb.), inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), epilepsi, sarkoidoz tanısı ve tedavilerine yönelik girişimler, her türlü kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi ve diğer giderler),
- b. Kalp ve damar sistemi hastalıkları (koroner by-pass, anjio, anjioplasti, anevrizma, kalp kapağı ve kalp pili, varis ) beyin hastalıkları (kanamaları dâhil) ve felç ile ilgili sağlık giderleri
- c. Böbrek, mesane, idrar yolu hastalıkları ve taşları, ESWL, diyaliz ile ilgili sağlık harcamaları prostat hastalıkları (TUR dahil),
- d. Her türlü omur disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vs), diz (eklem ve bağ) cerrahisi (menüsküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vs), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vs), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri,
- e. Her türlü fıtık (göbek, kasık, mide, omurga), omurga ve intervertebral disk hastalıkları, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği, diz, kalça eklemi ve bağ rahatsızlıkları vb.), tünel sendromları, higroma, trigger finger ile ilgili sağlık harcamaları,
- f. Rahim, rahim ağzı, over ve tuba (yumurtalık ve tüpler) hastalıklar, bartolin kisti ve absesi, endometriosis, adhezyolizis, inkontinans, sistorektosel ve kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleşecek her türlü sağlık harcaması
- g. Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç),
- h. Göz hastalıkları (katarakt, glokom vs),
- i. Sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, genizeti, konka hipertrofisi, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi) ve uyku apnesi cerrahisi, Tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- j. Karaciğer hastalıkları (Hepatit B ve C, siroz vb.), karaciğer biyopsisi, kist hidatik, pankreas ve kaza sonucu hariç dalak hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, mide ve yemek borusu, ince ve kalın barsak hastalıkları, GIS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, sfinkterotomi, pilonidal sinüs, perianal abse vb.)
- k. Her türlü kitle (tümör, lipom, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.) ile ilgili sağlık harcamaları,

#### 5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile düzenlenen teminat dışı hallere ek olarak sigorta kapsamı dışında tutulmuştur.

- 5.1.** Önceden beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri; sigorta süresinden önce yapılan operasyon ve tedavilerin yeniden ortaya çıkması/yeniden uygulanması ve bunların komplikasyonları.
- 5.2.** SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortasının yürürlükte olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda gerçekleştirilen sağlık giderleri,
- 5.3.** SGK tarafından karşılanmayan ve sağlık kuruluşları tarafından temin edilerek yatarak tedavilerde kullanılan malzemeler ve ilaçlar ile ilgili olarak, sağlık sigortası sözleşmesinde belirtilen kural, teminat ve prosedürlere göre SGK tarafından ödenmesine kurallar dâhilinde izin verilen sağlık hizmetleri kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri, SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri ve/veya harcamaları,
- 5.4.** 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun ilgili maddesi uyarınca sağlık hizmetlerinden yararlanan şahısların, ödemekle yükümlü oldukları katılım payları ve Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları ile ilgili giderler,
- 5.5.** Omurga şekil bozuklukları ile ilgili tedavi giderleri; nasal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişim ve ameliyatlara (septum deviasyonu, SMR, nasal valv operasyonları vs.),
- 5.6.** Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç), genetik/aile riski yüksek olan veya geçirilmiş kanser tanısı olanlar için koruyucu amaçlı yapılması planlanan cerrahiler/girişimler, büyüme ve gelişme bozuklukları, doğumsal ya da sonradan gelişmiş olsa bile; 7 yaş öncesi her türlü fitik, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, vezikoüreteral reflü, yeni doğan işitme testleri, el-bilek grafileri, kalça USG, inmemiş ve retraktıl testis, asendan testis, spermatozel, varikosel, hidrosel, kordon kisti, epididim kistleri, polikistik böbrek, vasküler lezyonlar, lenfanjiom, arteriovenöz malformasyonlar, pes planus, pes ekinovarus deformiteleri, her türlü omurga eğrilikleri (kifoza, skolyoz, lordoz), yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv yetmezliği hallux valgus, hallux varus, hallux rijitus) ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol harcamaları,
- 5.7.** Obesiteye ve anoreksia nervroza/bulimiya ile ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol ile ilgili her türlü harcamalar,
- 5.8.** Ağız, çene ve yüz cerrahisi, dişeti, çene kemiği, çene eklemi ile ilgili muayene, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- 5.9.** Gözlük, cam, çerçeve, dioptrik teleskopik aparat, lens, multifokal intraoküler lens giderleri, şaşılık, görme tembelliği, keratakonus ve refraksiyon kusurlarını (miyopi vb.) gidermeye yönelik her türlü tedavi (lazer dâhil) ve bu tedavilerin komplikasyonlarına ait harcamalar,
- 5.10.** Yurtdışında gerçekleşen her türlü ilaç giderleri ve sağlık harcamaları, yurtdışından getirilen her türlü ilaç ve harcamaları; aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler;
- 5.11.** Ortopedik ayakkabı, ayakkabı tabanlılığı, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, destekleyici korse, buz torbası vs ile ilgili giderler ve her türlü ortopedik destekleyici ile ilgili

giderler ve işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar, meme ve penil protezleri

**5.12.** Kolay Hat araması ile ambulans isteği yapılmadığı durumlarda şehir içinde ve şehir dışında kullanılan ambulans giderleri, yol parası, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve diğer özel harcamalar, idari giderler, sağlık kurumu tanımına uymayan konaklama giderleri, tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü harcama,

**5.13.** Sosyal Güvenlik Kuruluşu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dölleme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vs), cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil Doppler, penil-protez, vs), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve müteakip hormon tedavilerine bağlı tüm giderler, gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedenli kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler, doğum kontrolü yöntemleri ile ilgili ilaç ve gereçler (doğum kontrol hapları, enjeksiyonlar, kondom, spermid kimyasallar, rahim içi araç uygulaması, implanon), kısırlaştırma işlemleri, tıbbi endikasyonu olmayan istemli yapılan tüm küretajlar, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma aküminata), genital ve anal molluskum kontagiosum, peyroni hastalığı,

**5.14.** Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar ile ilgili sağlık giderleri (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vs),

**5.15.** Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi ve ameliyatlar, jinekomasti, antiaging çalışmaları için yapılan her türlü girişim, zayıflama ve kilo alma amacıyla yapılan uygulamalar, terleme tedavisi, yüzeyel varis tedavileri, skleroterapi, mezoterapi, şimik blokajı, botox, nöralterapi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy/Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, horlama tetkik ve tedavileri ve bunların kontrol ve komplikasyonları için yapılan her türlü harcamalar,

**5.16.** Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen kök hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,

**5.17.** Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,

**5.18.** Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar ve yaralanmalar; eroin, morfin vs gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri; her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, yaşlılıktan ileri gelen demansiyel hastalıklar, Parkinson, Alzheimer, bunama ile ilgili rahatsızlıklar, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve kuruluşları ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatric hastalıklar, yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü giderler ve bunlardan herhangi birinin bünyesinde mevcut

olduğu tespit edilen sigortalının geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon harcamaları,

**5.19.** Her türlü adli olayda (trafik kazaları dâhil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, savcılık takipsizlik kararı, trafik kazası tespit tutanağı, kullandığı araç sınıfına uygun ehliyet örneği) olmaksızın talep edilen sağlık harcamaları,

**5.20.** Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyon ücretleri (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vs), ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcama, Yeni biyomedikal mühendislik-genetik ve biyoteknolojik bazlı tedavi ve uygulamalarına ait harcamalar,

**5.21.** Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda bulunan kapsam dışı haller,

**5.22.** Alternatif Tedavi Yöntemleri ve standart tıbbi tedavilerin bir parçası olmayan, güvenilirlik ve tedavi edici etkinliği bilimsel yöntemlerle kanıtlanmamış, ortak kabul görmüş klinik uygulamalardan üstünlüğü gösterilememiş (ayurveda, nöralterapi, homeoterapi, biyoenerji, aromaterapi, bitkisel tıp, masaj, biyoenerji mezoterapi vb ) ürün ve uygulamalar akupunktur ile ilgili harcamalar

**5.23.** Ek Teminat olarak Acil Diş ve Dolgu teminatı alındığında, HDI Kolay Hat aranmaksızın yaptırılan tedaviler ve anlaşmasız diş hekimleri tarafından yapılan işlemler kapsam dışıdır.

**5.24.** Ek Teminat olarak Acil Diş ve Dolgu teminatı alındığında, Diş teminatı kapsamında verilen hizmetlerde Kemik retansiyonlu ve kemik retansiyonsuz 20 yaş diş operasyonları hariçtir.

**5.25.** Ek Teminat olarak Acil Diş ve Dolgu teminatı alındığında, Dolgulu Diş Planı kapsamında kanal ekstirpasyonları (diş siniri çıkarılması), vital (canlı) dişler için geçerlidir. Kronik enfeksiyonlu dişler (önceden gelen rahatsızlık nedeniyle)

**5.26.** Ek Teminat olarak Acil Diş ve Dolgu teminatı alındığında, Acil Diş teminatı kapsamında sigortalının diş ile ilgili acil olan tıbbi durumuna ilk müdahaleyi takiben ihtiyaç duyulacak kalıcı diş tedavileri,

**5.27.** Hiçbir semptomla bağlı olmaksızın yapılan veya tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan işlemler ile kontrol amaçlı yapılan tetkik ve tedaviler, deneysel veya araştırma amaçlı işlem/gereçler, belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama testi veya EBT veya BT Anjiyografi gibi muayene ve tetkik, aşı öncesi yapılan kontrol amaçlı test, tıbbi sertifika ve sağlık raporu hazırlanması ile ilgili harcamalar

**5.28.** Hastanede yatış esnasında kullanılanlar dışında her türlü ilaç, aşı, malzeme, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast madde giderleri, reçeteye yazılmış olsa bile vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla reçetesiz satılmasına izin verilen vitamin+mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin+mineral+diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar, yurda kaçak sokulan ve T.C. Sağlık Bakanlığı izni olsa bile ruhsatlandırılmamış preparatlar, her türlü sabun ve şampuanlar, doğum kontrol hapları, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar, her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre, distilat gibi fraksiyonları

ihativa edenler vb. formda hazırlanmış etken madde içermeyen su ve deniz suları, her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları, kontak lens bakım preparatları, sigara bırakmak amacı ile kullanılan nikotin ve benzeri preparatlarla ilgili tüm harcamalar, çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler, battaniye, her türlü ortezler, vücut içi pompalar, insülin pompası, vücut içine enjekte edilen ve implante edilebilen tedavi amaçlı pompalar,

**5.29.** Gebelik takibi, doğum ve bebeğe ait harcamaları

**5.30.** Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parası,

**5.31.** Ek teminat olarak alındı ise Acil Diş ve Dolgulu Diş Planı kapsamındaki hizmetler dışındaki diş tedavileri kapsam dışıdır.

**5.32.** Her türlü havacılık (delta kanat, planör, paraşüt ile atlama yamaç paraşütü, gökyüzü kayağı vb.) dalgıçlık, yüksekten atlama, bungee jumping, dağcılık, tırmanma, binicilik, dövüş ve savunma sporları, motosiklet ve otomobil sporları, dağ bisikleti v.b. tehlikeli sporlar, sürat ve mükavemet yarışları, tüm profesyonel veya lisanslı olarak yapılan sporlar, sporcu, eğitmen veya hakem olarak her türlü müsabaka ve/veya antrenmana katılım sırasında ve bunlara bağlı meydana gelebilecek hastalık ve sakatlık ile kurye ve dağıtım amaçlı motosiklet kullanımları sırasında meydana gelebilecek tüm sağlık harcamaları, her türlü eğlence ve spor merkezlerinde yaş ve tıbbi risklerin dikkate alınmamasından doğacak harcamalar,

**5.33.** Her türlü sünnet ve fimozis tedavileri

**5.34.** İşbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu dışında -acil durumlar da dâhil olmak üzere gerçekleşen her türlü sağlık harcaması,

**5.35.** HIV pozitifliği ve HIV'in sebep olacağı AIDS ve benzeri hastalıklar ile zührevi hastalıkların tanı ve tedavileri,

**5.36.** Doktor nezaretinde olsa dahi kaplıca, termal, otel ve sağlık kurumu tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneoterapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi harcaması,

**5.37.** Meslek hastalıkları, iş kazaları, asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis hastalıkları, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, cıva, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulmuş virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar, askerlik görevi sırasında meydana gelen bir olay ve kazaya dayanan rahatsızlık/hastalıklar,

**5.38.** Her türlü alerjik hastalıkların deri testleri ve alerji aşıları,

**5.39.** Bekleme Süresi tanımlanan rahatsızlık/hastalıkların, acil tıbbi durumlar dâhil, bekleme süresi içinde gerçekleşmeleri halinde bunlara dair sağlık harcamaları,

**5.40.** Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hataları sonucunda doğan harcamalar,

**5.41.** Acil tıbbi durumlar dâhil, işbu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılan sağlık harcamalarında, “İşbu ürüne özel Anlaşmalı Kurum Güncel Listesi ve Teminat Tablosu”nda ilgili kurum tipi için belirtilen limit ve ödeme oranını aşan talepler,

**5.42.** Doktor dışındaki sağlık personeli (pedagog, psikolog, diyetisyen, özel hemşire, solunum terapisti, fizyoterapist ve diğer yardımcı sağlık personeli) tarafından yapılan her türlü işlem, psikoterapi gerektiren durum, psikiyatrik hastalık, demansiyel (bunama) sendrom, demansın birlikte bulunması durumunda demiyelinizan hastalıklar, alzheimer, parkinson, geriatrik ve psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb.), ilgili her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri, zeka testi ve benzeri tetkikler,

**5.43.** İş bu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumunda yatıştan sonraki 24 saat içinde veya on günü geçen hastaneye yatışlarda onuncu günden sonra hasta bilgi formunun iletilerek sigortacının onay ve tekrar onayının alınmadığı harcamalar

## 6. COĞRAFİ KAPSAM

Teminat, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde ve poliçenin özel şart ve limitlerine tabi olmak kaydıyla HDI Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında geçerlidir. (KKTC dâhil olmak üzere) yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir.

## 7. SİGORTALANABİLİRLİK ESASLARI

Aksi belirtilmediği sürece, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde ikamet eden 18 yaş üzeri ve 56 yaş altı kişiler sigortalı olabilir.

Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihindeki yıldan, sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. İşbu poliçe kapsamında sigortalı bireyler 70 yaşına gelene dek sigorta poliçesi yenilenebilir.

Yenilenme husus Sigortacı'nın değerlendirmesine tabidir.

70 yaşının üzerinde poliçe yenileme işlemi yapılmaz. 18 yaşından küçük çocuklar (yeni doğanlar için doğumu takip eden ilk 15 günden sonra sigortalı olacaktır), 18 yaşından büyük bir yetişkin tarafından aynı poliçe kapsamında olmak üzere sigortalatılır ve aile poliçesi sigorta teminatı kapsamına alınır. Sigorta sözleşmesine dahil edilebilmek için, başvuran her bir kişi için soru formunun doldurulması gerekir. Sigortacı, soru formunda beyan edilen bilgileri, hastalık ve rahatsızlıkları inceleyerek, başvuruyu red/kabul etme, ek prim, limit, bazı hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakma, bekleme süresi uygulama hakkına sahiptir. Sigortacı, bu kararı verirken gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve/veya ek tetkik isteme hakkına sahiptir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı eklenmesi taleplerinde, poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim gün esaslı olarak hesaplanır. Doğum sırasında veya evlat edinildiği sırada anne ve/veya babanın Sigortacı'dan geçerli sağlık sigortasının bulunması kayıt ve şartıyla; yeni doğan

HDI SİGORTA A.Ş.

Genel Müdürlük: Sahrayı Cedit Mahallesi, Batman Sokak HDI Sigorta Binası, No:6 A, 34734 Kadıköy/İstanbul  
Tel: (0216 600 60 00) Faks: (0216 600 60 10) Mersis No: 0470003295900010 www.hdisigorta.com.tr

Sayfa 18 / 29

bebek/ler ve/veya evlat edinilen küçükler, doğumdan veya evlat edinilme tarihinden itibaren en geç iki ay içerisinde Soru Formu doldurularak Sigortacı'ya bildirilmiş olması halinde, aşağıdaki hüküm ve şartlarla sigorta sözleşmesine sigortalı olarak dâhil edilir: a. Sigortacı, öncelikle yeni doğan bebek/bebekler ve/veya evlat edinilen küçüğü risk değerlendirilmesine tabi tutar. Bu değerlendirme neticesinde, ana ve/veya babadan bağımsız olarak, Sigortacı'nın belirlediği hastalık ve rahatsızlıklara göre ayrıca ek prim, limit, bekleme süresi, ödeme yüzdesi, istisnalar dahil ve bunlarla sınırlı olmamak üzere, özel şartlar tanımlamak suretiyle teminat verebilir. Doğum tarihinden veya evlat edinilme tarihinden itibaren 2(iki) ay içerisinde bildirilmeyen yeni doğan bebek ve/veya evlat edinilen küçük, ancak takip eden yenileme döneminde sigorta sözleşmesi/poliçe kapsamına alınabilir. Devam eden sigorta sözleşmesine bebek ve/veya evlat edinilen küçük girişi yapıldığında; sigortalı anne ve/veya babanın sigorta sözleşmesi/poliçesinin bitiş tarihi dikkate alınmaksızın, anne ve/veya babanın sigorta sözleşmesi/poliçe yenileme tarihinden başlamak üzere, bir tam yıl sonra bebek ve/veya evlat edinilen küçük için yenileme değerlendirmesi yapılır. Yeni doğan bebek ile ilgili doğumdan hemen sonra ve bebek hastaneden çıkmadan, sağlıklı yeni doğan bebekle ilgili yapılan rutin doktor muayene, ilaç ve rutin tetkiklere (açlık kan şekeri, tiroid tarama testi, fenilketonüri ve kan grubu tayini) dair tüm harcamalar, bebeğe ait zeyilname düzenlendikten sonra anılan zeyilnamede yeni doğan bebek için belirlenen teminat, istina ve limitler kapsamında ödenir. Sigortalının Sigorta Süresi içinde evlenmesi halinde, eş için evlilik tarihinden itibaren 1 (bir) ay içerisinde Soru Formu'nun doldurularak, evlilik cüzdanı fotokopisi ile birlikte Sigortacı'ya bildirilmesi ve Sigortacı tarafından yapılan risk değerlendirmesi neticesi kabul edilmesine bir engel bulunmaması şartıyla, eş de gün esaslı hesap edilecek ek primin ödenmesi karşılığında sigortalının sigorta sözleşmesine giriş yapılır. Evlilik tarihinden itibaren 1(bir) ay içerisinde bildirilmeyen eş ancak takip eden yenileme döneminde sigorta sözleşmesi/poliçe kapsamına alınabilir.

Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe Özel Şartları'nda yazılı kazanılmış haklar için Sigortacı'nın taahhütleri son bulur. Sigortalı GSS hak sahipliğini kaybetse dahi, poliçeye ara verilmesi sebebiyle ortaya çıkabilecek hak kayıplarıyla karşılaşmamak için, primlerini ödemeye devam ederek poliçesini sürdürebilir. Ancak poliçe teminatları kapsamında alacağı sağlık hizmetlerinden GSS hak sahipliği tekrar aktive olana dek faydalanamaz.

### 7.1. Tamamlayıcı Sigortaya Yeni Giriş

HDI Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde sigortalının farkında olduğu/olmadığı aşağıda belirtilen hastalık gruplarından herhangi biri veya burada listelenmemiş diğer kronik veya kronikleşebilecek hastalıkları geçirmiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalı olmayacaktır.

- Her türlü kanser, kötü huylu/seyirli tümör/hastalıklar ile tanısı konulmamış kitleler

- Kalp ve damar sistemi hastalıkları (Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati, kalp ritm ve ileti bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, kontrolsüz hipertansiyon vs),
- Damar hastalıkları (Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vs),
- Kas-iskelet-Sinir Sistemi Hastalıklar (Multiple Skleroz, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi, Myastenia Gravis, Müsküler Distrofiler vb)
- Kronik sindirim sistemi hastalıkları (Ülseratif kolit, Crohn, Pankreatit vs),
- Psikolojik Hastalıklar ve Gelişme Geriliği (Psikozlar, Major Depresyon, Bipolar bozukluklar, Mental ve motor gelişme gerilikleri vb)
- Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (Şeker Hastalığı (Tip 1 Diabet, Kontrolsüz Tip 2 Diabet), Addison, Cushing, Obezite vs),
- Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (Aktif Tüberküloz, Sarkoidoz, KOAH, Hepatitler, Siroz, Nefrotik Sendrom, vb)
- Kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (hemofili, polisitemi, trombositopeni vs),
- Romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz vs)
- Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (Protein, Karbonhidrat, Lipid metabolizma bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vs)
- 18 yaş üstü kişilerde VKI=Kilo/((boy) x (boy)) indeksinin 40 ve üstünde veya 15 ve altında olması
- Bağışıklık sistemi bozuklukları (AİDS, Immünglobülin ve kompleman eksiklikleri).

Organ yetmezlikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları (örnek: Böbrek, Karaciğer, Kalp, Pankreas vb.) Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışındadır.

## 7.2. Yürürlükteki Poliçeye Kişi Girişi

Yürürlükte olan poliçeye girişler için yürürlükte olan poliçenin Özel Şartları, teminatları ve prim tarifesi geçerli olacaktır.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra giriş yapılan tüm sigortalılar için poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı gün esasına göre prim tahsilatına hak kazanır. Bu prim poliçenin ödemelerinin tahsilatına göre (prim tahsilat sayısı poliçe bitiş süresinden daha fazla ise peşin, daha kısa ise taksitli olarak) alınır. Sigortalıların esaslarında ayrıntılar belirtilmiştir.

## 7.3. Poliçe İptali ve Poliçenin tekrar yürürlüğe alınması (Meriyet)

Poliçe priminin vade başlangıcından itibaren vadesinden sonraki ilk 30 günde tahsil edilememesi halinde poliçe iptal edilecektir. İptalden sonraki ilk 30 gün içerisinde tekrar

HDI SİGORTA A.Ş.

Genel Müdürlük: Sahrayı Cedit Mahallesi, Batman Sokak HDI Sigorta Binası, No:6 A, 34734 Kadıköy/İstanbul  
Tel: (0216 600 60 00) Faks: (0216 600 60 10) Mersis No: 0470003295900010 www.hdisigorta.com.tr

Sayfa 20 / 29

başvuru yapılması halinde, sigortacı tarafından başvuru tekrar değerlendirilecektir. Değerlendirme sonunda Sigortacı' nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve inceleme / tetkik isteme ve bunların sonucunda başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

#### **7.4. Geçiş İşlemleri**

Sigortacı, sigortalı adaylarının yeni poliçede hangi haklarla devam edeceğine, geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer sigorta şirketleri ve benzer yetkili kuruluşlardan edinilen bilgileri inceleyerek karar verebilir.

HDI Sigorta A.Ş., yapacağı teknik ve tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulama hakkına sahiptir

Başka bir Sigorta şirketinde sigortalı iken HDI Tamamlayıcı Sigorta teminatları kapsamına geçebilmesi için Sigortalı'nın 18-56 yaş aralığında olmasının yanı sıra aşağıdaki şartları karşılaması gerekmektedir.

- Önceki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl kesintisiz sigortalı olması.
- Önceki sağlık sigortasının bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde HDI Sigorta A.Ş. ye başvuruda bulunması

#### **7.5. Teminat Değişikliği İşlemleri**

Sigorta Ettiren/sigortalının yenilemede teminat değişiklikleri talep etmesi halinde bunun geçerli olabilmesi Sigortacı'nın yazılı onayına bağlıdır. Sigortalı, yeni sigorta sözleşmesi başlangıç tarihi itibarıyla 1 (bir) ay içinde diğer sağlık ürünü teminatları kapsamında sigortalanmak veya mevcut sözleşme içinde plan değişikliği talebinde bulunur ise, güncel sağlık beyanı alınarak yeniden risk değerlendirmesi yapılır.

Yapılan değerlendirmede gerekli olursa ilave doktor muayenesi ve tetkik istenebilir. İstenen değişiklik talebi red edilebilir, bazı hastalıklar teminat kapsam dışında bırakılarak, ek prim ya da hastalık limiti uygulanarak onay verilebilir.

### **8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ**

HDI SİGORTA A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında poliçe teminat kapsamı dâhilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruluşa verilecek provizyon onayı sonrasında sigorta şirketi tarafından doğrudan kuruluşa ödenecek, provizyona konu evrak ve faturalar ilgili kuruluş tarafından sigorta şirketine gönderilecektir. Şirketten provizyon alınmadan sigortalı tarafından yapılan sağlık harcamaları, poliçe teminatı kapsamında değildir. Ayrıca Sigortalı, Genel Sağlık Sigortası kapsamında Katılım Payını Anlaşmalı kuruluşa ödemekle yükümlüdür. Poliçe kapsamındaki bir riskin

HDI SİGORTA A.Ş.

Genel Müdürlük: Sahrayı Cedit Mahallesi, Batman Sokak HDI Sigorta Binası, No:6 A, 34734 Kadıköy/İstanbul  
Tel: (0216 600 60 00) Faks: (0216 600 60 10) Mersis No: 0470003295900010 www.hdisigorta.com.tr

Sayfa 21 / 29

gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, “Halefiyet ilkesi” gereği HDI SİGORTA A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kuruluştan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkı kullanabilmesi için sigortalı HDI SİGORTA A.Ş.’ ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

## 9. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Sigorta Şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER’e (Sağlık Sigortası Bilgilendirme ve Denetim Merkezi) işbu sigorta poliçesi tahtında teminat kapsamında olan sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, işbu sigorta sözleşmesinin tanzimi aşamasında alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler vs) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiştir.

## 10. BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigorta ettiren / sigortalı soru formu ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu hükümleri ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarında düzenlenen beyan yükümlülüğü hükümleri uygulanır. Sigortacı sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez ve Sigortacı prime hak kazanır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6’ya ek olarak, Sigortacı’nın bu maddedeki hakları saklı kalmak üzere, sigorta ettiren / sigortalının beyan etmediği hastalıklar sigorta sözleşmesinin tamamen yapılmasına engel olmadıkça, Sigortacı bu hastalıkları, teminat kapsamına almayabilir veya prim farkı alarak teminat kapsamına alabilir. Prim farkı istenmesi durumunda alınması gereken prim ile alınan prim arasındaki orana göre hasar eksik ödenebilir ya da tamamen red edilebilir. Bu nedenle teminat kapsamı dışında bırakılan rahatsızlık/hastalıklar, bir daha teminat kapsamına dâhil edilmez.

Ayrıca Sigortacı, sözleşmenin devamı sırasında yapacağı inceleme veya isteyeceği tetkiklerin sonucunda beyan edilenden farklı bir bilgi veya sigortalanma şartlarını değiştirebilecek bir sağlık durumu tespit ederse sigortalılık şartlarını tekrar değerlendirebilir. Bu değerlendirme sonucunda riske göre, hastalık/rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılabilir, ek prim, limit uygulanabilir ya da poliçenin iptal edilmesine karar verebilir.

Sigortacı, sigortası sözleşmesinin kurulması aşamasında, talep edilmesi halinde Sigorta Bilgi Merkezi’ne Sigortalı ve sözleşmeye dair gerekli bilgileri ibraz etmekte yükümlüdür ve aynı şekilde Sigorta Bilgi Merkezi’nden sigortalı/sigortalılara dair kişisel bilgilerin temin etmek hakkına sahiptir.

## 11. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

HDI Sigorta A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası primlerini kişi bazında ve yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönemde kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat türleri, teminat limitleri, sağlık giderlerinin kullanılacağı il, komisyon oranı ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğünde sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir veya değiştirilebilir. Poliçe Sahibi, poliçe primlerini peşin ya da taksitli ödeyebilir. Ödeme vadesi ile tutarı poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

Yenileme döneminde sigortalının prim artışı, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katına çıkartılabilir.

İşbu poliçe özel şartları 11.maddesi, Hazine Müsteşarlığının 2011/3 sayılı genelgesi gereğince Sağlık Sigorta Sözleşmesi bedelinin ("prim" in) tespitine ilişkin kriterlerin tanımlanmasına ilişkin talimatı gereğince aşağıdaki şekilde uyarlanmıştır.

İşbu Sağlık Sigortası Sözleşmesi kapsamında ödenecek prim, poliçenin kesintisiz olarak devam ederek yenilenmesi halinde ve poliçe başlangıcında tüm Sigorta Ettiren/Sigortalı(lar) için geçerli olan genel tarife primine, duruma göre aşağıdaki indirim veya ilavelerin yapılması suretiyle belirlenir.

### 11.1. Hastalık Ek Primi

Genel tarife priminde ilgili yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenerek Sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk kriter; Hastalık Ek Primidir.

Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya Sigorta Süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile, poliçe/sigorta sözleşmelerine yansıtılmak üzere Sigortacı tarafından talep edilen ek prim tutarını ifade eder.

Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri ile birlikte, hastalık ek primi belirlenir ve Tarife Primine eklenir. Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için Prim Tarifesindeki yaş ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenir ve sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüttür. Diğer İndirim ve Ek Primler, bu şekilde hesaplanan prime sıra ile ve çıkan prime çarpan olarak uygulanır ve nihai prim tespit edilir.

Hastalık Ek Primi her rahatsızlık için %15'dan başlayarak en fazla %200 oranında belirlenmiştir.

## 11.2. Hasar/Prim Oranına Bağlı İndirim ve Ek Primler

Sigortalının geçmiş yıllardaki sigorta sözleşmesi/lerinde kendisi için ödenmiş hasar tutarı ile, anılan sigorta sözleşmesi için kendisine isabet eden prim tutarı arasındaki orana, hasar-prim ("H/P") oranı denir.

Yeni sigorta sözleşmesi yılına dair belirlenmiş olan Tarife Primi tutarına, geçmiş dönem H/P oranına bağlı olarak ve aşağıdaki tabloda verilen İndirim/Ek Prim Kademeleri için geçerli İndirim/Ek Prim Oranları uygulanarak sigortalının primi hesaplanır.

Yenileme Garantisi verildikten sonraki dönemde oluşacak hasar prim oranına bağlı ek prim uygulanmayacaktır. Bu durumda geçerli olan tablo aşağıdaki gibidir.

Önceki Poliçede Gerçekleşen Hasar Prim Oranı	İndirim / Ek prim Oranı <sup>(1)</sup>
%0-20	%15 indirim
%21-40	%7,5 indirim
%41-50	%5 indirim
%51-100	%1,5 indirim
%101-150	%13 ek prim
%151-200	%65 ek prim
%201-300	%90 ek prim
%301 ve üzeri	%120 ek prim

(1) Önceki poliçede gerçekleşen H/P oranlarının belirtilen aralıklarda olması durumunda, kesintisiz olarak yenilenecek poliçede hak edilen yeni İndirim veya Ek Primleri ifade etmektedir.

## 11.3. Aile İndirimi

İşbu maddenin uygulanması anlamında "Aile", Türk Medeni Kanunu anlamında kan ve sıhrî akrabalık ilişkisini ifade eder. İşbu sigorta sözleşmesi kapsamında, sigortalıların iki ve üzerinde Aile üyesinden oluşması halinde, %10 aile indirimi uygulanır.

## 11.4. Bireysel Grup Teşvik İndirimi

Ticari veya gayri ticari bir tüzel kişilikte çalışanlar ile onların birinci derece yakınlarının sigortalı olmaları şartıyla oluşan gruba özel ve aşağıdaki tabloda bildirilen oranda olmak üzere, bu şahısların bireysel sigorta sözleşmelerinde geçerli özel bir teşvik indirimi uygulanır. Ancak grubun ve uygulanacak indirim oranının kabulü veya reddi her türlü Şirket'in onayına tabidir.

### 11.5. Kampanya İndirimleri

Sigortacı daha önceden koşullarını bildirmek kaydıyla belirli dönemlerde değişik oranlarda kampanya indirimini uygulayabilir. Bu kampanya indirimleri sigortalı için sonraki yenileme dönemlerinde kalıcı bir hak teşkil etmez.

## 12. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ

Sigorta sözleşmesinin süresi 1 (bir) yıldır. Sona eren sözleşmeler için kazanılmış hakların devam edebilmesi, sigortalılığın kesintisiz devamı ile mümkündür. Sona eren sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içinde yeni sözleşme priminin tamamının veya sigortacı tarafından belirlenen ilk taksitinin ödenmesi gerekir.

Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçelerini 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit ve ek sağlık primi uygulanabilir.

Sigorta şirketinin Hasar/Prim oranlarına göre ek prim uygulama, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilemeyi reddetme hakkı saklıdır.

### 12.1. Yenileme Garantisi

Sigortalının poliçesinin mevcut Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünü, planı ve geçerli olduğu Anlaşmalı Sağlık Kuruluş ağı kapsamında sigortacı tarafından belirlenmiş ve uygulanan istisna, hastalık ek primi, özel şartlar dahilinde sağlık durumu ile birlikte değerlendirildikten sonra yenileneceği taahhüdünün verilmesi anlamına gelir.

HDI Sigorta A.Ş. nezdinde, işbu poliçe kapsamında olmak üzere kesintisiz olarak 3 yıl aynı sigorta planında sigortalılık süresini doldurmuş, 56 yaşından önce poliçe kapsamına alınmış sigortalılar Yenileme Garantisi için risk analizine tabi tutulur. Değerlendirme sonuçlarına göre sağlık koşulları uygun bulunan kişiler, HDI Sigorta A.Ş. tarafından belirlenecek olan şartlara göre "Yenileme Garantisi" hakkı kazanır.

**Başlangıç poliçelerinde;** HDI Sigorta A.Ş. tarafından 56 yaşından önce sigortalanmış olan ve (son 3 yılı göz önünde bulundurmamak suretiyle) bireysel olarak 3. yılın sonunda yapılan risk analizi sonucu sağlık açısından uygun bulunan sigortalılara yenileme garantisi verilmesi hususu değerlendirilecektir.

**Yenileme / Geçiş Poliçeleri;** HDI Sigorta A.Ş. tarafından 56 yaşından önce sigortalanmış olan ve (son 3 yılı göz önünde bulundurmamak suretiyle) bireysel olarak TSS de 3. Yılı doldurmuş ve HDI Sigorta A.Ş. tarafından yapılan risk analizi sonucu sağlık açısından uygun bulunan sigortalılara yenileme garantisi verilmesi hususu değerlendirilecektir.

Yenileme garantisi olup olmadığına bakılmaksızın bir risk analizi yapılacak ve geçiş poliçeleri için muafiyet, limit, katılım payı, ek prim vs gibi uygulamalar söz konusu olabilecektir. %100'ün üzerinde H/P oranı olan poliçelere uygulanacak ilave prim, tutarın üç katından fazla olamaz. Geçiş yapılan şirketten devredilen istisnalar aynı şekilde sürdürülecek ve HDI Sigorta A.Ş. kriterlerine göre diğer şartlı kabul durumları da değerlendirmeye alınacaktır.

Sigorta şirketi, "Yenileme Garantisi" için başvuruda bulunan sigortalının sağlık risklerini değerlendirmek üzere tıbbi tetkikler yapılmasını talep edebilir. Sigorta şirketi, sağlık durumuna göre ve yürürlükte bulunan risk kabul yönetmeliği gereğince (limit, ek prim, katkı payı, bekleme süresi vs gibi unsurları şart koşarak) riski kabul ya da ret etme ya da hiçbir şart uygulamadan "Yenileme Garantisi" verme hakkını saklı tutar.

Yenileme Garantisi bireysel olup bu hakkı kazanan Sigortalıya aittir. "Yenileme Garantisi verilir" ibaresi, sigorta şirketi tarafından her bir sigortalının teminat tablosu üzerinde belirtilir.

Sigortalı, sigorta sözleşmesi/poliçesinin yenilenmesinde de, sözleşmenin kurulması sırasındaki beyan yükümlülüğüne tabidir ve bu anlamda, önceki dönemde tazminata konu olsun veya olmasın maruz kaldıkları tüm rahatsızlık ve hastalıkları Sigortacı'ya derhal yazılı olarak bildirmelidir. Yenileme değerlendirmesinin yapıldığı tarih ile yeni sözleşme tarihi arasında ortaya çıkan ve Sigortacı'nın sonradan haberdar olduğu hastalıklar için Sigortacı'nın yeniden risk değerlendirme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından, Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda (Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 7), Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Yenileme garantisi verilen sigortalılar için temin edilen sigorta poliçeleri, poliçenin yürürlüğe girdiği tarihte geçerli olan Özel ve Genel Şartlara tabi olacaktır.

Sigortalıya yenileme garantisi verilmiş olsa da Sigorta Şirketinin, tazminat dışı indirim yapma ve/veya ek prim alma hakkı devam eder.

Poliçe yürürlükte olduğu sürece, yıllık hastanede yatış süresi olarak toplam 720 gün limiti aşılmadığı durumda Yenileme Garantisi" hakkı saklı kalır.

### 13. PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA POLİÇE SAHİBİNİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Polİçe Sahibi, sigorta primini peşin veya taksitle ödemeye karar verdikten sonra, peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Aynı şekilde Polİçe Sahibi, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigortalının/poliçe sahibinin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği dönemlerde ödenen primler kesintisiz olmak üzere poliçe sahibine iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan diğer tüm iptal taleplerinde sigorta şirketinin sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası poliçe sahibine iade edilir.

İptal nedeniyle poliçe sahibine iade edilecek tutar, sigortalının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigorta şirketinin hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigortalının ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek poliçe sahibine iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigorta şirketinin hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak poliçe sahibinin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek poliçe sahibine iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigorta şirketinin hak kazandığı prim tutarını ve poliçe sahibinin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigorta şirketinin ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarına kadar olan kısım muaccel hâle gelir.

Polİçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

Polİçe Sahibinin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Polİçe Sahibi ile Sigortalının/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Polİçe Sahibini değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Polİçe Sahibinin kanuni varislerinin yazılı onaylarının Sigorta Şirketine iletilmesi gerekir. Bu durumda Polİçe Sahibi değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda önlemler alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Polİçe Sahibinin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir poliçede, Polİçe Sahibinin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Polİçe sahibi, kanuni varislerinin yazılı talebi halinde

bunlar yukarıda belirtilen iptal kriterlerine tabi tutulur ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçenin Poliçe Sahibine yapılır.

#### **14. KÖTÜ NİYETLİ UYGULAMALAR SONUCU İPTAL**

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlemesi veya sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla teminatların kötü niyetli olarak kullanıldığından saptanması halinde, bu durumu Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı Ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik gereğince Sigorta Bilgi Merkezine bildirmek dışında, Sigortacı varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her hâlükârda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini / poliçeyi feshetmek hakkına sahiptir.

#### **15. KONTROL YETKİSİ**

Sigortacı, gider bildiriminde bulunması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigortacı'ya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

Sigortacı, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu Madde 31/B bendi gereğince sigortadan menfaat sağlayan sigortalı/sigorta ettirene ilişkin olarak sigortalı/sigorta ettiren tarafından sağlanan bilgileri, yanlış sigorta uygulamaları dahil, risk değerlendirmesine esas bilgileri toplamak üzere Sigortacılık Kanunu ve Müsteşarlıkça belirlenecek kişiler ve Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ile paylaşmakla yükümlü olup, sigortalı/sigorta ettiren bu hususa muvafakatini peşinen vermiştir.

#### **16. RÜCU HAKKI**

Sigortacı, işbu Özel Şartlara ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'na aykırı olarak yapıldığı sonradan anlaşılan giderler ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına göre ödemiş olduğu sağlık harcamasının meydana gelmesinde üçüncü şahısların sorumluluğunun olması durumunda, Sigortacı kanuni halefiyet hakkı uyarınca ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslardan rücu talep etme hakkına sahiptir.